

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

47

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 24 Novembre 1909, à 1 heure*

**E. GILLOT**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris  
Né le 29 décembre 1881, à Chaumont (Haute-Marne)

*Contribution à l'Étude*

DE LA

**HERNIO-APPENDICECTOMIE**

(Cure radicale simultanée de l'Appendicite  
et de la Hernie inguinale droite)

*Président : M. SEGOND, professeur*

*Juges* { *MM. DELBET, professeur*  
*PIERRE DUVAL, agrégé*  
*OMBREDANNE, agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**HENRI JOUVE, Éditeur**

15, rue Racine, 15

1909



47

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THE  
LIBRARY OF THE  
UNIVERSITY OF CHICAGO  
PUBLISHED BY THE  
UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 24 Novembre 1909, à 1 heure*

E. GILLOT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 29 décembre 1881, à Chaumont (Haute-Marne)

*Contribution à l'Étude*

DE LA

**HERNIO-APPENDICECTOMIE**

(Cure radicale simultanée de l'Appendicite  
et de la Hernie inguinale droite)

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. DELBET, professeur  
PIERRE DUVAL, agrégé  
OMBREDANNE, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**HENRI JOUVE, Éditeur**

15, rue Racine, 15

1909



# Faculté de Médecine de Paris

|                                                                         |                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| LE DOYEN . . . . .                                                      | M. LANDOUZY           |
| PROFESSEURS. . . . .                                                    | MM.                   |
| Anatomie. . . . .                                                       | NICOLAS               |
| Physiologie. . . . .                                                    | CH. RICHET            |
| Physique médicale. . . . .                                              | GABRIEL               |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                            | GAUTIER               |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                   | BLANCHARD             |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                          | BOUCHARD              |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | { BRISSAUD            |
|                                                                         | { DEJERINE            |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                        | LANNELONGUE           |
| Anatomie pathologique. . . . .                                          | PIERRE MARIE          |
| Histologie. . . . .                                                     | PRENANT               |
| Opérations et appareils. . . . .                                        | HARTMANN              |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                              | POUCHET               |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | GILBERT               |
| Hygiène. . . . .                                                        | CHANTEMESSE           |
| Médecine légale. . . . .                                                | THOINOT               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                     | CHAUFFARD             |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                           | { BOULEY              |
|                                                                         | { HAYEM               |
| Clinique médicale. . . . .                                              | { DIEULAFOY           |
|                                                                         | { DEBOVE              |
|                                                                         | { LANDOUZY            |
|                                                                         | { HUTINEL             |
| Maladies des enfants. . . . .                                           |                       |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | GILBERT BAILLET       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                | GAUCHER               |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | RAYMOND               |
|                                                                         | { DELBET              |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          | { QUENU               |
|                                                                         | { RECLUS              |
|                                                                         | { SEGOND              |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                      | DE LAPERSONNE         |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                      | ALBARRAN              |
|                                                                         | { PINARD              |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | { BAR                 |
|                                                                         | { RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique. . . . .                                         | POZZI                 |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                                | KIRMISSON             |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                         | ALBERT ROBIN          |

## Agrévés en exercice

|                |              |           |            |
|----------------|--------------|-----------|------------|
| MM.            |              |           |            |
| AUVRAY         | CUNEO        | LAUNOIS   | NOBECOURT  |
| BALTHAZARD     | DEMELIN      | LECENE    | OMBREDANNE |
| BRANCA         | DESGREZ      | LEGRY     | POTOCKI    |
| BRIZANÇON (F.) | DUVAL (P.)   | LENORMANT | PROUST     |
| BRINDEAU       | GOSSET       | LOPPER    | RENON      |
| BROCA (A.)     | GOUGET       | MACAIGNE  | RICHAUD    |
| BRUMPT         | JEANNIN      | MAILLARD  | RIEFFEL    |
| CARNOT         | JEANSEIME    | MARION    | SICARD     |
| CASTAIGNE      | JOUSSET (A.) | MORESTIN  | ZIMMERN    |
| CLAUDE         | LABBE (M.)   | MULON     |            |
| COUVELAIRE     | LANGLOIS     | NICLOUX   |            |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN

*In memoriam*

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE

MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORESTIN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LETULLE

M. LE DOCTEUR DOLERIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CARNOT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGUEU

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
HERNIO-APPENDICECTOMIE

---

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Avant d'apporter notre contribution à l'étude de la hernio-appendicectomie, il nous semble utile de préciser exactement la nature de cette opération encore peu courante. Elle consiste comme son nom l'indique à pratiquer la cure radicale simultanée de l'appendicite et d'une hernie inguinale droite, en un seul temps, par une seule et même incision.

Il arrive de temps en temps au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite que l'on trouve

le cæcum ou bien que l'appendice se rencontre dans le sac ; il est de règle alors, afin d'éviter au malade la possibilité d'une appendicite ultérieure, d'enlever l'appendice avant de reconstituer la paroi abdominale. On fait donc une cure radicale simultanée d'appendicite et de hernie inguinale droite, mais cette double opération est dans le cas présent en quelque sorte l'effet d'un hasard, elle n'est pas faite systématiquement, de parti pris, ce n'est pas à proprement parler une hernio-appendicectomie .

De même, en opérant une hernie inguinale droite étranglée, présentant, il est vrai, quelques particularités cliniques un peu spéciales, on trouve en ouvrant le sac l'appendice enflammé et causé des accidents simulant l'étranglement herniaire ; on enlève l'appendice et on se comporte vis-à-vis de la hernie comme pour une entérocele ou une épiplocèle banale. Là encore on a fait la cure radicale simultanée en un seul temps de l'appendicite et de la hernie inguinale droite, mais comme nous l'avons dit plus haut, ici encore l'opération a été l'effet du hasard et n'a pas été entreprise systématiquement.

Que faut-il donc comprendre sous le nom de hernio-appendicectomie ? A notre avis, il faut comprendre sous ce nom l'opération entreprise et pratiquée de parti pris chez un malade, homme ou femme, présentant un passé appendiculaire et désirant en même temps se faire débarrasser d'une hernie inguinale droite. Pour éviter au malade deux opérations ou même deux incisions faites sous la même anesthésie,

on est en droit de tenter l'ablation de l'appendice par l'ouverture agrandie ou non du sac herniaire.

Nous verrons au cours de cette étude si anatomiquement cette opération est logique ; nous essaierons d'en préciser le manuel opératoire et enfin nous en rechercherons les indications et les contre-indications.

Bien que n'étant pas encore entrée dans le domaine chirurgical courant, cette question a déjà fait l'objet de quelques travaux parmi lesquels nous devons signaler la thèse de Marque (Bordeaux, 1905-1906) intitulée : *De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. Traitement opératoire*, un article de Siegel dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1905, p. 1540, et la thèse de Caillaud (Paris, 1908) intitulée : *De la coexistence de l'appendicite chronique et de la hernie*, bien que cet auteur n'étudie pas spécialement la hernio-appendicectomie comme nous comptons le faire.

Mais avant d'entreprendre notre modeste travail nous désirons adresser ici le témoignage de notre reconnaissance à nos maîtres et à tous ceux qui dans les hôpitaux nous ont prodigué leurs conseils. Nous avons profité largement de leur enseignement, aussi sommes-nous heureux de pouvoir leur dédier notre thèse qui marque la fin de nos études et notre entrée dans la pratique médicale de tous les jours.

M. le Dr Guinard a guidé nos débuts en clinique chirurgicale et c'est sous sa bienveillante direc-

tion que nous avons pris le bistouri pour la première fois.

M. le professeur agrégé Letulle nous a facilité l'étude si utile de la tuberculose pulmonaire, et dans son service, nous avons appris à faire le diagnostic précoce de la tuberculose et à la soigner d'une façon rationnelle.

Auprès de M. le professeur agrégé Carnot nous avons complété nos connaissances en médecine générale.

Dans le service de M. le professeur agrégé Legueu nous avons perfectionné notre éducation chirurgicale et nous avons acquis près de lui de précieuses connaissances en pathologie urinaire ; nous tenons également à remercier M. le professeur agrégé Schwartz qui a bien voulu nous confier des observations recueillies dans son service et M. le Dr Siegel, ancien interne des Hôpitaux de Paris, qui après nous avoir conseillé de prendre l'étude de la hernio-appendicectomie comme sujet de notre thèse inaugurale a mis à notre disposition les documents qu'il possédait sur la question.

Enfin nous prions le Dr Pécharmant, ancien interne des hôpitaux de Paris, d'accepter l'hommage de notre souvenir ; après avoir été notre interne chez le Dr Guinard il est devenu notre ami et n'a cessé depuis de nous prodiguer ses conseils et ses encouragements.

## CHAPITRE II

### CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Avant d'étudier la technique opératoire de la hernio-appendicectomie, il nous semble bon de préciser les rapports du cæcum et de l'appendice avec la région inguinale afin de voir si l'opération dont nous nous occupons est anatomiquement facile à pratiquer.

Si nous consultons le *Traité d'Anatomie* de Poirier, nous voyons à l'article « Gros Intestin » que le cæcum normalement situé dans la fosse iliaque droite répond par sa face antérieure à la paroi abdominale et par son fond à l'angle de jonction de la fosse iliaque et de la paroi abdominale antérieure ; par conséquent il est nettement situé derrière le canal inguinal. Du reste ces rapports sont précisés par Poirier à l'article « Canal inguinal », où il signale parmi les rapports de la paroi postérieure du canal inguinal : le cæcum.

Donc, anatomiquement, on est en droit de chercher à aborder le cæcum par la voie inguinale. Nous n'avons pas parlé de l'appendice pour la bonne raison que la seule façon de le trouver à coup sûr est de repérer d'abord le cæcum et une fois sur la por-

tion initiale du gros intestin de suivre une des trois bandelettes longitudinales dont la convergence indique la racine de l'appendice, dont le corps et le sommet peuvent être plus ou moins masqués par des adhérences. Mais est-ce à dire que l'on trouvera toujours le cæcum derrière le canal inguinal ? Certainement non. Poirier dit du reste en précisant les rapports du fond du cæcum : tantôt il touche le milieu de l'arcade de Fallope ou sa partie externe (Merkel), tantôt au contraire *il en est distant de 15 à 20 millimètres ou même de 4 cm. 5 à 8 centimètres* ; enfin dans les cas d'ectopie cæcale, beaucoup plus rares il est vrai, il peut être situé dans la partie supérieure de la fosse iliaque et même occuper une situation lombaire, pré-rénale ou sous-hépatique. Il est évident que, dans ces cas que rien ne peut faire prévoir avant l'ouverture de l'abdomen, il serait inutile et même dangereux de chercher à atteindre le cæcum par la voie inguinale. Enfin si l'appendice est normalement libre et par conséquent facilement isolable, il est des cas où sa situation rétro-cæcale ou latéro-cæcale droite, jointe aux adhérences qui sont pour ainsi dire la règle après une poussée d'appendicite un peu sérieuse, en rend l'isolement difficile et si l'on a déjà eu du mal à attirer le cæcum en dehors par la région inguinale, les manœuvres d'appendicectomie pourraient être suffisamment laborieuses pour rendre l'opération dangereuse parce que mal réglée et mal exécutée.

Avant de quitter ce chapitre d'anatomie nécessaire

pour montrer que si la hernio-appendicectomie est une opération en général facile et logique, il est cependant des cas où elle peut être impossible ; il nous faut voir quels sont les écueils que le chirurgien peut rencontrer du côté de la paroi abdominale ; il n'y en a à notre avis qu'un seul, c'est la présence des vaisseaux épigastriques qui passent immédiatement derrière la face postérieure du trajet inguinal entre le péritoine et le fascia transversalis formant une saillie verticale qui indique la limite entre la fossette inguinale moyenne et la fossette inguinale externe. La connaissance de la situation exacte de ces vaisseaux est capitale pour le chirurgien, car dans les cas où le cæcum est difficile à trouver et où l'on est obligé d'agrandir l'ouverture péritonéale il faut avant de prendre les ciseaux ou le bistouri avoir découvert les vaisseaux épigastriques ou tout au moins avoir senti les battements de l'artère afin de débrider en dehors d'eux après les avoir réclinés en dedans dans les cas, de beaucoup les plus fréquents, de hernies obliques externes ou plus rarement en dedans d'eux, après les avoir réclinés en dehors, dans les cas, moins fréquents, de hernies directes ou obliques internes.

## CHAPITRE III

### CONSIDÉRATIONS SUR LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous n'avons pas la prétention de vouloir régler ici la technique de la hernio-appendicectomie, tâche qui est bien au-dessus de notre faible compétence, mais nous voudrions, en nous basant sur ce que nous avons vu faire et sur les explications qui nous ont été données au cours des opérations auxquelles nous avons assisté, tâcher de préciser les points particuliers que présente cette opération.

Nous ferons du reste de fréquents et importants emprunts au *Traité de technique opératoire* de Monod et Vanverts où tout ce qui concerne la chirurgie de l'appendice et du canal inguinal est exposé avec la plus grande clarté.

Nous n'insisterons pas sur les premiers et sur les derniers temps de l'opération qui ne diffèrent en aucune façon de la cure radicale d'une hernie inguinale ordinaire.

PREMIER TEMPS : *Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.* — L'incision qui doit suivre la direction du canal inguinal sera ici assez longue, de

8 à 15 centimètres (1) et commençant au niveau de l'orifice inguinal externe, elle s'étendra plus ou moins loin en dehors suivant l'habileté manuelle du chirurgien ; s'il s'agit d'une femme désirant autant que possible éviter une cicatrice visible, on s'efforcera de faire coïncider l'extrémité externe de l'incision avec les limites du triangle pileux. En plaçant un écarteur à l'angle externe de la plaie cutanée, on arrivera à mobiliser celle-ci en dehors et à gagner du jour sur les plans profonds ; du reste on peut être obligé, si la recherche du cæcum est particulièrement difficile, d'agrandir ultérieurement l'incision cutanée pour avoir plus de jour dans la profondeur.

Une fois le tissu cellulaire sous-cutané divisé et les vaisseaux qui s'y rencontrent pincés et liés, on tombe sur l'aponévrose du grand oblique.

DEUXIÈME TEMPS : *Incision de l'aponévrose du grand oblique.* — Après avoir placé une pince sur chacun des deux piliers qui circonscrivent l'orifice inguinal externe, on incise délicatement l'aponévrose du grand oblique en suivant la direction du canal inguinal et en prolongeant dans le cas présent l'incision le plus loin possible en dehors ; les bords de l'incision aponévrotique saisis avec des pinces sont réclinés en dehors.

On aperçoit alors, dans les cas typiques, les mus-

---

1. Toutefois on peut commencer par faire une incision petite, quitte à l'agrandir au cours de l'intervention si cela est nécessaire.

cles petit oblique et transverse sous le bord inférieur desquels apparaît le cordon chez l'homme, le ligament rond chez la femme et parfois le sac herniaire.

TROISIÈME TEMPS : *Recherche et ouverture du sac.* — Le sac est séparé prudemment du cordon chez l'homme, du ligament rond chez la femme, puis après y avoir pratiqué une incision suffisante pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index gauche, on l'isole complètement des éléments voisins en prolongeant dans le cas présent cet isolement aussi loin que possible en dehors. Un écarteur de Farabeuf placé sur le cordon et les muscles petit oblique et transverse et fortement tiré en haut et en dehors facilite énormément l'isolement complet du sac.

Jusqu'ici l'opération ne diffère nullement d'une cure radicale de hernie classique ; s'il y a de l'épiploon dans le sac il est lié puis réséqué, s'il y a une anse intestinale elle est réduite dans l'abdomen.

Le doigt introduit par l'ouverture du sac pénètre dans la grande cavité péritonéale. Si le sac est volumineux et l'incision assez étendue il est aisé d'introduire l'index et le médius de la main droite par son ouverture et d'aller ainsi dans la profondeur à la recherche du cæcum ; mais il arrive, surtout dans les hernies petites survenues chez des sujets solidement musclés, que les deux doigts ont du mal à pénétrer dans la profondeur ; on doit alors

passer à un temps spécial : l'agrandissement de l'ouverture péritonéale.

QUATRIÈME TEMPS : *Agrandissement de l'ouverture péritonéale.* — Avant de prendre les ciseaux et de prolonger l'incision il faut à nouveau s'assurer de la variété de hernie à laquelle on a affaire : hernie oblique externe ou au contraire oblique interne ou directe car immédiatement derrière le fascia transversalis monte l'artère épigastrique que l'on s'exposerait à couper si l'on débridait systématiquement en dehors.

Le mieux, pour ne pas léser un organe, étant de le voir, on récline directement en haut le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, puis avec la sonde cannelée on dissèque prudemment dans la profondeur et en général très rapidement on arrive à isoler l'artère épigastrique.

S'il s'agit, fait assez rare, d'une hernie directe ou oblique interne, un deuxième écarteur est placé sur le côté interne des vaisseaux épigastriques qui sont attirés en dehors et l'on agrandit prudemment l'ouverture du sac en repérant soigneusement les lèvres, avec des pinces au fur et à mesure.

Si au contraire, ce qui est presque la règle, il s'agit d'une hernie oblique externe, l'écarteur est placé sur le côté externe des vaisseaux épigastriques qui sont réclinés au dedans ; on peut alors débrider sans craintes le péritoine en dehors en le repérant au fur et à mesure et même si l'on craint de n'avoir pas assez de jour on peut sectionner les muscles petit oblique et transverse au niveau de l'angle externe de la plaie.

Le médus et l'index peuvent alors être introduits dans la profondeur et aller à la recherche du cæcum.

CINQUIÈME TEMPS : *Recherche du cæcum et de l'appendice.* — *Appendicectomie.* — Il peut arriver dans les cas heureux où le cæcum est situé très bas que les doigts le saisissent presque de suite, mais en général il faut un peu de patience pour arriver jusqu'à lui et le mieux est encore de suivre l'intestin grêle jusqu'à sa terminaison en l'attirant jusqu'à l'ouverture péritonéale et en le réduisant au fur et à mesure. L'aspect bosselé et la présence de bandelettes longitudinales montrent immédiatement qu'on l'a en main. Suivant les bandelettes longitudinales jusqu'à leur convergence on arrive sur la racine de l'appendice que l'on attire au dehors avec son méso et le segment de cæcum qui correspond à son insertion.

On pratique alors la résection de l'appendice après ligature de l'artère appendiculaire comme s'il s'agissait d'une appendicectomie ordinaire par les voies habituelles ; le moignon est cautérisé puis enfoui dans l'épaisseur de la partie cæcale et enfin après avoir soigneusement vérifié les sutures le cæcum est réintégré dans la profondeur.

Dans les cas simples, quand l'appendice est peu altéré, quand on n'a pas trouvé d'adhérences, on peut se dispenser de drainer, sinon il est prudent de mettre pendant quarante-huit heures un petit drain qui ne nuira en rien à la solidité de la paroi et sera une grosse sécurité pour le chirurgien.

*Difficultés dans la recherche du cæcum ; on ne peut*

que difficilement ou même pas du tout l'amener au dehors; l'appendice est masqué par des adhérences. Nous n'avons envisagé dans le cinquième temps que le cas où le cæcum bas situé se laissait facilement attirer au dehors et où l'appendice libre était facile à réséquer ; mais le cæcum, comme nous l'avons vu dans notre rapide exposé anatomique est quelquefois assez élevé, en outre il peut être peu mobile et enfin étant donné que les malades qui nous intéressent ont un passé appendiculaire, on est exposé à trouver l'appendice entouré d'adhérences plus ou moins abondantes. Nous allons envisager ces différentes hypothèses et voir la conduite à tenir en présence de chacune d'elles.

Le cæcum très haut situé et peu mobile ne peut être attiré à l'extérieur, on peut prolonger un peu l'incision des différents plans au dehors afin d'agrandir les voies d'accès, mais si l'on voit que cette incision devrait être par trop prolongée, mieux vaut comme le dit Siegel dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1905, page 1541, ne pas insister par cette voie, refermer le péritoine et restaurer la région herniaire comme nous le verrons tout à l'heure, quitte dans la même séance ou dans une séance ultérieure à aller chercher l'appendice par une incision classique ; du reste si par hasard on avait affaire à une hernie oblique interne ou directe, étant donné qu'il est plus difficile de se donner du jour, on serait amené à abandonner la recherche du cæcum presque immédiatement. Il est vrai que si rien du côté de l'appendice ne contreindique l'opération, on peut sectionner entre deux ligatures les

vaisseaux épigastriques, ce qui permet d'aller beaucoup plus loin dans la profondeur. Il y a des adhérences : il est difficile de donner une règle absolue vu que la conduite du chirurgien variera suivant que ces adhérences seront plus ou moins abondantes et serrées.

S'il ne s'agit que de quelques adhérences facilement détachables et si le cæcum est facile à extérioriser, on se comportera vis-à-vis de l'appendice comme si l'on opérât à l'aide de l'incision de Roux ou de Jalaguier, on en sera quitte pour laisser un petit drain au contact du cæcum pendant deux ou trois jours. Mais au contraire si le ou les doigts explorateurs tombent sur un magma d'adhérences englobant le cæcum et l'appendice, il vaut mieux, nous semble-t-il, ne pas insister, car pour découvrir suffisamment la région cæcale, il faudrait prolonger l'incision au-delà du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et l'on risquerait, surtout étant donnée la nécessité d'un drainage sérieux et prolongé, d'aller au devant d'une éventration. La conduite la plus sage serait, pensons-nous, de reconstituer le canal inguinal par le procédé de Bassini ou un autre et ensuite soit sous la même anesthésie, soit mieux dans une séance ultérieure pour ne pas risquer d'infecter la plaie herniaire, de faire l'incision classique de Roux pour enlever l'appendice et traiter la région enflammée dans de bonnes conditions.

Cette digression sur la conduite à tenir dans les cas particuliers étant terminée, nous reprenons l'étude de la technique opératoire classique.

**SIXIÈME TEMPS : *Traitement du sac ; fermeture du péritoine.*** — Une fois le cæcum réintégré et un drain mis en place suivant les circonstances, on referme le péritoine. Si on n'a pas eu besoin de prolonger outre mesure l'incision péritonéale, on fera comme pour un sac ordinaire de hernie, c'est-à-dire qu'on liera son collet en faisant le nœud du meunier puis on le réséquera ; si au contraire on a incisé largement le péritoine, on réséquera le sac puis on fera un surjet au catgut fin sur l'incision péritonéale dont les lèvres auront été dès le début repérées à l'aide de pinces.

**SEPTIÈME TEMPS : *Restauration de la paroi abdominale.*** — Cette restauration se fera classiquement en deux temps : c'est-à-dire qu'on reconstituera d'abord la paroi postérieure du canal inguinal en fixant le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse et le tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'arcade crurale, puis on pratiquera la réfection de la paroi antérieure en suturant les deux lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique. Quant au cordon, il sera placé soit entre la paroi postérieure et la paroi antérieure (procédé classique de Bassini), soit derrière la paroi postérieure (procédé de Muguai). Chez la femme la situation du ligament rond importe peu. Si l'on a dû inciser les muscles petit oblique et transverse on réunira les portions sectionnées à l'aide de quelques points de catgut.

Dans ces cas-là, surtout si les muscles sont peu développés, on pourra, pour prévenir une récurrence

ou même une petite éventration, abaisser au devant de la paroi postérieure du canal inguinal un fragment du muscle grand droit de l'abdomen suivant le procédé de Schwartz (1).

HUITIÈME TEMPS : *Sutures cutanées*. — Les lèvres de la peau seront rapprochées soit à l'aide de crins de Florence, soit à l'aide d'agrafes. Toutefois chez la femme, quand on aura en vue l'esthétique de la région, on pourra faire une suture intra-dermique qui, si elle est bien faite, ne laissera pour ainsi dire aucune trace.

*Soins consécutifs*. — Les soins consécutifs n'ont rien de particulier : si on a drainé, le drain sera enlevé au bout de quarante-huit heures s'il ne donne rien, un peu plus tard s'il y a un peu de suppuration due à la présence d'adhérences péri-appendiculaires. On pourra sans inconvénient faire aller le malade à la selle le deuxième ou le troisième jour. Les fils et les agrafes seront enlevés le septième ou le huitième jour. Le malade, s'il est jeune et solide, pourra se lever le dix-huitième jour, sinon il vaudra mieux attendre les vingt et un jours classiques. Il sera bon, surtout si l'opéré exerce une profession pénible, de lui faire porter pendant quelques mois une ceinture abdominale avec pelote inguinale.

---

1. Schwartz. « Cure radicale des hernies inguinales et crurales par le procédé myoplastique » (VII<sup>e</sup> Congrès franç. de chir., 1893, 689 ; *Journal des Praticiens*, 1896, X, 513 ; 1897, XI, 113.)

## CHAPITRE IV

### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Il n'est pas rare, dit Marque dans sa thèse, d'observer la coexistence de l'appendicite et d'une hernie inguinale droite chez le même malade sans qu'on puisse toutefois relever de rapports de cause à effet entre ces deux affections.

Lorsqu'un malade dans ces conditions vient trouver le chirurgien, il est classique de lui proposer de traiter séparément sa hernie et son appendicite, soit dans la même séance opératoire, soit dans deux séances séparées par un laps de temps plus ou moins long.

Mais on est en droit de se demander si l'on ne pourrait pas éviter au malade sinon deux opérations, tout au moins deux incisions et c'est pourquoi nous désirons insister un peu ici sur l'intérêt que présente la hernio-appendicectomie.

Doit-on, d'abord, opérer systématiquement par cette méthode tout malade ayant un passé appendiculaire et présentant une hernie inguinale droite ? nous ne croyons pas qu'on puisse sans dangers répondre par une affirmative absolue.

Nous ne sommes pas de l'avis de Marque qui dit qu'il y a *toujours* intérêt à débarrasser le malade de ses deux affections par une seule incision. La hernio-laparotomie, dit-il, sera appliquée à l'appendicite subaiguë ou chronique coexistant avec une hernie inguinale droite ; simple et à l'appendicite aiguë coexistant avec des troubles au niveau d'une hernie inguinale droite, nous verrons tout à l'heure que la présence d'une appendicite aiguë ou même subaiguë est pour nous une contre-indication presque absolue.

Dans quels cas peut-on *logiquement* pratiquer une hernio-appendicectomie ? A notre avis, on est en droit de le faire chaque fois qu'on est à peu près certain de ne rencontrer aucune complication tant du côté de la hernie que du côté de l'appendice. C'est-à-dire qu'on n'interviendra que sur des hernies inguinales banales et sur des appendicites légères ou tout au moins absolument refroidies.

La hernie étranglée, le serait-elle seulement depuis quelques heures, nous semble une contre-indication absolue quoi qu'en dise Marque dans sa thèse, car le malade est déjà en état de moindre résistance et il y a intérêt à opérer vite ; d'autre part le contenu du sac est très rapidement suffisamment septique pour qu'on ne risque pas par des manœuvres parfois laborieuses d'infecter la cavité abdominale ; quelles que soient les considérations d'esthétique qu'invoquent les malades, on doit se refuser dans ces cas à une intervention présentant des risques aussi sérieux. L'état de l'appendice doit également entrer

en ligne de compte ; le malade vient-il d'avoir une crise sérieuse, l'empâtement de la fosse iliaque révèle-t-il des adhérences abondantes et serrées il ne faut pas entreprendre une hernio-appendicectomie.

Si les phénomènes appendiculaires sont suffisamment sérieux pour indiquer une opération précoce, étant donné qu'on est en droit de s'attendre à des difficultés opératoires, il faut prévenir le malade, même si on lui avait parlé auparavant d'une hernio-appendicectomie, qu'il ne saurait plus en être question : il faut opérer son appendicite soit par l'incision de Roux, soit par l'incision de Falaguier et quand il sera bien guéri on l'opérera de sa hernie. Nous pouvons donc résumer cette discussion en disant que la hernio-appendicectomie n'est indiquée que chez des malades porteurs d'une *hernie inguinale droite non compliquée* et présentant des *phénomènes appendiculaires légers* ; toutefois si les phénomènes morbides du côté de l'appendice permettent d'attendre, on laissera refroidir l'appendicite longtemps, très longtemps même, en recommandant au malade de grandes précautions alimentaires pour éviter toute nouvelle poussée et ce n'est que lorsqu'on sera absolument certain d'opérer *bien à froid* que l'on pourra tenter l'ablation de l'appendice par la voie inguinale sans pouvoir toutefois affirmer qu'on viendra à bout de l'intervention.

Etant donné que cette opération n'est pas encore entrée dans le domaine chirurgical courant, il nous faut voir chez quels malades elle est particulièrement

indiquée en supposant toutefois qu'ils se trouvent dans les conditions envisagées ci-dessus.

A notre avis elle trouve ses indications chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme la hernio-appendicectomie rendra de grands services quand on se trouvera en présence de malades dont le temps est précieux et pour lesquels une longue immobilisation au lit serait un grand préjudice. La cure radicale de hernie et l'appendicectomie, si on les fait séparément, nécessitant chacune avec la convalescence un mois environ de repos, cela fait deux mois de perdus pour le malade ; d'autre part, si l'on pratique l'anesthésie au chloroforme cela fait courir à l'opéré deux fois les risques d'un accident chloroformique. Ces considérations sont à envisager également chez la femme, mais chez celle-ci il y a un autre facteur à envisager et qui dans certains cas a pour elle une importance considérable, nous voulons parler de la question esthétique.

Cette question, qui a été étudiée de très près par Morestin et Rousseau (Cf. Bibliographie), trouve ici ses applications.

On arrive assez aisément, surtout chez les femmes ayant un système pileux très développé au niveau du pubis, à dissimuler entièrement une cicatrice de hernie, or étant donné que dans les cas simples la hernio-appendicectomie peut se faire à l'aide d'une incision relativement courte, il y a tout intérêt à employer cette méthode qui évite à la malade une cicatrice abdominale qui en outre peut devenir chéloïdienne.

Toutefois, si l'on a des doutes sur la gravité des lésions appendiculaires, il faut prévenir d'avance la malade que l'on tâchera de lui enlever son appendice par la région inguinale, mais que si ce n'est pas possible on sera obligé plus tard d'aller le lui enlever par les voies classiques. Telles sont à notre avis les indications et les contre-indications de la hernio-appendicectomie ; nous avons vu que c'était anatomiquement une opération logique puisque normalement le cæcum est en rapport direct avec la face profonde de la région inguinale. Opératoirement nous nous sommes efforcés, en précisant certains points de technique, de montrer que cette intervention ne présentait pas de difficultés insurmontables.

Quant aux résultats post-opératoires, ils étaient bons chez les malades revus et du reste ils doivent logiquement être ce qu'ils sont après une cure radicale de hernie ordinaire, c'est-à-dire très satisfaisants. Si la paroi postérieure du canal inguinal a été bien refaite, il n'y a pas d'éventration ou de récurrence de hernie à craindre, surtout si l'on a soin de faire porter aux malades une ceinture abdominale avec pelote pendant quelques mois.

Si nous comparons l'incision de la région inguinale disloquée par la présence d'une hernie aux autres incisions pratiquées pour aborder l'appendice, en particulier à l'incision iliaque de Roux, elle nous semble même présenter sur cette dernière l'avantage de ne pas compromettre la solidité de la paroi abdominale, solidité toujours un peu compromise du

fait de l'incision ou de la dissociation des muscles larges de l'abdomen. Dans le cas présent en effet le seul plan qu'on incise est l'aponévrose du grand oblique.

On pourrait, à notre avis, comparer la hernio-appendicectomie à l'appendicectomie par l'incision de Jalaguier, l'aponévrose du grand oblique représentant le feuillet antérieur de la gaine du droit, le fascia transversalis se retrouvant ici devant le péritoine comme au niveau de la région sous-ombilicale ; Jalaguier récline en dedans le muscle droit, ici on récline en haut les muscles petit oblique et transverse. Une fois l'opération finie, Jalaguier rabat le muscle droit comme un rideau au devant de l'incision du fascia transversalis et le fixe par quelques points dans l'angle dièdre formé par la divergence des deux parois de la gaine ; ici les muscles petit oblique et transverse sont suturés à la lèvre postérieure de l'arcade crurale. C'est pourquoi nous nous demandons en terminant si l'on ne pourrait pas préconiser comme traitement esthétique de l'appendicite son ablation par la voie inguinale ; étant donné que le cordon n'existe pas chez la femme et que rien n'empêche de refermer complètement le canal inguinal nous nous croyons autorisé à émettre cette hypothèse.

## CHAPITRE V

### OBSERVATIONS

Le nombre des observations que nous publions est relativement restreint, vu que nous n'avons voulu retenir que celles concernant les cas où l'on a de parti pris enlevé l'appendice malade par la voie inguinale au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite ; nous aurions pu en publier d'autres où l'appendice a été enlevé au cours d'une cure de radicale de hernie, mais d'une façon fortuite parce qu'il s'était trouvé sous les doigts de l'opérateur au moment où il réduisait l'intestin ; nous n'avons pas non plus voulu publier les cas de hernie du cæcum dans lesquels l'ablation de l'appendice a été faite pour prévenir une appendicite ultérieure toujours possible, ni les cas d'appendicite herniaire qui sortent du cadre de notre étude.

Sur les neuf observations que nous rapportons ici, sept sont inédites et trois ont été opérées devant nous ; les deux dernières ont été publiées par Siegel dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1905, page 1540. Nous aurions pu reproduire un certain nombre d'observations concernant le sujet qui nous intéresse, pu-

bliées dans les thèses de Caillaud, de Marque et de Pindray, nous nous contentons de signaler leur existence ici, ne voulant rapporter dans notre travail que des faits personnels ou inédits. Si nous envisageons nos neuf observations, nous voyons que les malades sont venus consulter tantôt pour une hernie avec troubles digestifs dont une part fut rapportée par l'examen attentif de l'abdomen à une appendicite latente (obs. II, IV et V), tantôt pour une appendicite, la hernie inguinale droite étant découverte au cours de l'examen (obs. I et III). Dans deux cas (obs. VII et IX) les troubles digestifs pouvaient être rapportés à part à peu près égale à la hernie et à des lésions appendiculaires. Dans un cas (obs. VIII) le malade herniaire avait eu des crises d'appendicite très nette. Enfin, dans un dernier cas (obs. VI), l'appendice a été enlevé en quelque sorte par complaisance parce que le malade avait la phobie de l'appendicite.

#### OBSERVATION I (Inédite)

(Auto-observation de M. B..., externe des hôpitaux de Paris.)

*Appendicite chronique d'emblée. — Hernie inguinale droite.*

*— Ablation de l'appendice et cure radicale de la hernie en un seul temps.*

Depuis le début de l'année 1905, douleurs dans la fosse iliaque droite avec maximum au point de Mac Burney, consti-

pation opiniâtre, perte d'appétit, amaigrissement, tendance à la neurasthénie.

Vers le milieu de décembre 1905 les symptômes deviennent plus aigus, perte totale de l'appétit, nausées, douleurs vives au point de Mac Burney.

Le Dr Riche (dont M. B..., était l'externe), consulté, porte le diagnostic d'appendicite chronique d'emblée et découvre en examinant M. B... l'existence d'une petite hernie inguinale droite. On décide d'un commun accord de tenter l'ablation de l'appendice par la voie inguinale.

Opération le 3 janvier 1906 par le Dr Riche avec l'aide de M. Siegel, interne des hôpitaux.

Incision de 7 centimètres environ, incision de l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse sont réclinés en haut, le sac est isolé et ouvert et par son ouverture on va à la recherche du cæcum qu'on arrive sans trop de peine à attirer au dehors ; résection et enfouissement de l'appendice ; le cæcum est réintégré dans l'abdomen. Ligature et résection du sac. Reconstitution de la paroi par le procédé de Bassini.

Suites normales. Les fils sont enlevés le septième jour et dans le courant de Février M. B... peut reprendre son service d'hôpital, guéri du même coup de son appendicite et de sa hernie et ne présentant qu'une très minime cicatrice, la plus grande partie étant cachée par les poils du pubis.

OBSERVATION II (Inédite)

(Communiquée par le Dr Siegel.)

*Métrite. — Hernie inguinale droite. — Douleurs appendiculaires. — Cure radicale simultanée par une seule incision de la hernie et de l'appendicite.*

M<sup>me</sup> R..., trente-trois ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin dans le service du Dr Schwartz le 19 février 1906 pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Réglée à douze ans, ses règles ont été pénibles et irrégulières jusque vers l'âge de quinze ans ; depuis, sa menstruation a été régulière ; a eu 4 enfants et fait 3 fausses couches.

Il y a six ans la malade a eu une perte très abondante dont la cause échappe, mais qui s'est arrêtée d'elle-même par le repos.

Vers cette époque elle s'est aperçue de la présence d'une grosseur douloureuse au niveau de sa région inguinale droite.

Depuis le mois de novembre les règles deviennent très abondantes et se prolongent indéfiniment de sorte que la malade est presque perpétuellement dans le sang ; en même temps apparaissent des troubles digestifs et M<sup>me</sup> R... accuse une douleur presque constante au niveau de la fosse iliaque droite.

A son entrée à l'hôpital on constate l'existence d'une métrite assez sérieuse ; la hernie inguinale droite est manifeste et l'on sent une véritable éventration à ce niveau tellement

la paroi abdominale est mince et faible dans la région inguinale ; la pression au point de Mac Burney réveille une douleur très nette.

La malade est opérée le 27 février par M. Siegel, interne du service qui décide de profiter de la cure radicale de la hernie pour essayer d'enlever l'appendice par la même voie.

Incision de 7 centimètres assez externe. L'aponévrose du grand oblique extrêmement mince est incisée puis on récline en haut les muscles petit oblique et transverse très minces et difficilement isolables. Le fascia transversalis est incisé dans la partie externe de la plaie sur une longueur de 3 centimètres. Les vaisseaux épigastriques mis à découvert sont fortement réclinés en dedans et le péritoine est ouvert ; avec deux doigts introduits dans la cavité péritonéale on va à la recherche du cæcum qui est amené facilement en dehors.

L'appendice légèrement congestionné est réséqué puis enfoui,

Une fois le cæcum réintroduit dans l'abdomen, on fait un surjet sur le péritoine car il y avait plutôt une éventration qu'un sac herniaire, puis on reconstitue la paroi par le procédé de Bassini en imbriquant fortement les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

Suture de la peau aux crins de Florence.

*Suites opératoires* normales ; les crins sont enlevés le huitième jour et la malade peut sortir un mois après avec une paroi solide mais continuant à perdre et à souffrir dans le bas-ventre, le repos n'ayant pas suffi à guérir la métrite.

### OBSERVATION III (Inédite)

*Appendicite chronique. — Pointe de hernie inguinale droite.  
— Cure radicale simultanée de la hernie et de l'appendicite par une même incision.*

Le nommé D..., âgé de quarante-sept ans, horloger, entre à l'Hôpital Cochin dans le service du Dr Schwartz le 7 mai 1906 pour des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite.

On ne trouve rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ; dans ses antécédents personnels on ne trouve qu'une scarlatine à l'âge de trente ans.

Bien portant d'habitude D... a toujours été constipé, n' allant à la selle qu'à l'aide de laxatifs ; depuis neuf ans il ressent dans la fosse iliaque droite des douleurs vagues qu'il compare à des picotements ; ces douleurs surviennent périodiquement et durent deux ou trois jours.

Depuis quatre ans, le malade a pris une légère teinte subictérique, mais toutefois il a bon appétit et les digestions sont normales.

En septembre 1905 D..., est pris brusquement au milieu de la nuit de douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite, douleurs qui ne tardent pas à se généraliser à tout l'abdomen ; quelques nausées mais pas de vomissements. Son médecin le tient au lit pendant une quinzaine de jours au régime lacté avec de la glace sur le ventre.

Depuis cette crise le malade sent de temps en temps des douleurs au niveau de sa région appendiculaire, l'appétit est

moins bon, il maigrit peu à peu. Il se décide à se faire opérer et entre à Cochin le 7 mai 1906.

A l'examen on sent un léger empâtement au niveau du point de Mac Burney qui est relativement peu sensible à la pression ; on constate en même temps une pointe de hernie inguinale droite. La coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale incite le D<sup>r</sup> Riche, qui était à cette époque assistant du D<sup>r</sup> Schwartz, à ne faire qu'une opération pour traiter les deux affections.

*Opération le 10 mai 1906.* — Incision de 7 centimètres de long, plus externe que l'incision classique de la cure radicale de hernie. L'aponévrose du grand oblique est incisée, le cordon isolé du sac qui est ouvert, puis après avoir récliné en haut les muscles petit oblique et transverse on pénètre dans la cavité abdominale par l'ouverture du sac et sans qu'on soit obligé de l'agrandir, on arrive à saisir le cæcum et à l'amener au dehors ; on ne trouve que quelques adhérences autour de l'appendice qui est isolé, lié et enfoui comme d'habitude, puis le cæcum est réintroduit dans l'abdomen.

Le sac est réséqué et lié, puis la paroi inguinale est reconstituée par le procédé de Bassini.

Les suites opératoires sont normales, les crins de Florence sont enlevés le septième jour et le malade sort de l'hôpital avec une cicatrice solide dont une grande partie sera dissimulée sous les poils du pubis qui commencent à repousser.

#### OBSERVATION IV (Inédite)

*Hernie inguinale droite. — Appendicite légère. —*

*Hernio-appendicectomie*

M<sup>lle</sup> H. ..., âgée de seize ans, culottière, entre à l'hôpital Cochin dans le service du D<sup>r</sup> Schwartz le 7 octobre 1907 pour des douleurs abdominales et pour une pointe de hernie inguinale droite.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier à signaler.

Il y a un an environ la petite malade se mit à souffrir dans l'aîne droite, principalement le soir après la fatigue de la journée et en même temps elle constata la présence d'une petite grosseur à ce niveau.

M<sup>lle</sup> H... est constipée, digère mal et souffre fréquemment du ventre et de l'estomac ; ces phénomènes augmentent pendant l'été 1907 et elle se décide à consulter à l'hôpital.

A l'examen on constate la présence d'une hernie inguinale droite, oblique externe, vraisemblablement congénitale ; la palpation du ventre est un peu douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Il est difficile d'affirmer qu'il y a appendicite, toutefois on fait une réserve à ce sujet.

Opération le 10 octobre 1907. Anesthésie à la stovaine lombaire. On trouve une petite hernie, mais avant de refermer le sac, songeant à la possibilité de phénomènes appendiculaires, on explore la fosse iliaque droite à l'aide d'un doigt introduit à travers l'ouverture du sac ; le cæcum est senti presque immédiatement et l'on se décide dans ces conditions à enlever l'appendice.

Le cæcum est attiré au dehors, l'appendice réséqué et enfoui, puis le cæcum étant réintégré dans l'abdomen la paroi est reconstituée par le procédé de Bassini.

Suites opératoires normales ; la petite malade sort le 27 octobre 1907 avec une cicatrice minime dont la plus grande partie disparaîtra sous les poils du pubis.

#### OBSERVATION V. (Inédite)

*Hernie inguinale droite. — Appendicite chronique.*

*Hernio-appendicectomie. — Guérison.*

M<sup>lle</sup> P..., âgée de vingt-deux ans, conditionnaire, entre à l'hôpital Cochin, le 29 juillet 1908, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et en même temps pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Elle a toujours souffert dans la fosse iliaque droite avec de temps en temps des crises douloureuses plus vives, n'allant cependant pas jusqu'à nécessiter le repos au lit ; elle est très constipée et digère mal. En outre, elle s'est aperçue, depuis deux ans environ, de la présence, dans son aine droite, d'une grosseur douloureuse, surtout quand elle est fatiguée.

Elle entre à l'hôpital pour se faire opérer de sa hernie et demande, en même temps, qu'on fasse quelque chose pour son ventre.

A l'examen, on constate la présence d'une hernie inguinale droite, facilement réductible ; la palpation de la fosse iliaque droite révèle une douleur très nette au point de Mac

Burney et l'on sent dans la profondeur une petite masse allongée qui est vraisemblablement l'appendice.

La malade demandant à ce qu'on lui fasse une cicatrice aussi petite que possible, on décide, étant donné qu'il y a intérêt à la débarrasser de son appendice, de profiter de l'incision inguinale pour aller chercher l'appendice et l'enlever si c'est possible par cette voie détournée.

Opération le 1<sup>er</sup> août 1908. Incision petite de 5 centimètres environ, recherche et ouverture du sac. On arrive avec quelques difficultés à attirer au dehors le cæcum et l'appendice qui lui adhère assez fortement. Libération des adhérences, résection et enfouissement de l'appendice. Malgré la présence de ces adhérences qui semblent anciennes et ne présentent aucune trace d'inflammation récente, on refoule le cæcum dans la profondeur, on lie et on résèque le sac et l'on reconstitue la paroi abdominale par le procédé de Bassini. Les lèvres cutanées de la plaie sont réunies avec des agrafes de Michel. Les suites opératoires furent bonnes et, à part une légère élévation de température le deuxième et le troisième jour, la malade guérit sans incidents. Les agrafes furent enlevées le septième jour, et quand la malade sortit le 23 août, la cicatrice était peu visible et en tous cas devait entièrement disparaître sous les poils du pubis quand ceux-ci auraient repoussé.

#### OBSERVATION VI (Inédite)

*Hernie inguinale droite. — Cure radicale avec ablation de l'appendice. — Guérison.*

M. B..., âgé de trente quatre ans, garçon de café, entre à

l'hôpital Cochin dans le service du Dr Schwartz le 15 mars 1909 pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite.

Le malade dont l'histoire ne présente rien de particulier à signaler porte sa hernie depuis l'âge de dix ans ; depuis quelques années, à cause des fatigues inhérentes à sa profession, la hernie augmente de volume, descend dans les bourses et le fatigue ; en même temps le malade est préoccupé de l'appendicite et voudrait bien être débarrassé de son appendice.

L'examen révèle une hernie inguinale droite assez volumineuse, de nature nettement épiploïque, facilement réductible.

L'examen de la fosse iliaque droite est négatif.

Le malade est opéré le 20 mars 1909 par le Dr Chévrier, assistant du Dr Schwartz ; avant de s'endormir, il parle encore de son appendice ce qui pousse le Dr Chévrier à tenter de le lui enlever au cours de la cure radicale de la hernie si toutefois la chose ne présente pas de difficultés.

Une fois le sac ouvert et l'épiploon réséqué, le Dr Chévrier introduit son doigt dans l'abdomen et sent immédiatement l'appendice qui était long et descendait vers la région inguinale ; se rappelant les désirs du malade, il attire le cæcum au dehors et l'appendice est réséqué sans incident.

La paroi abdominale est reconstituée par le procédé de Bassini. Les fils sont enlevés le septième jour et le malade sort le 13 avril 1909 enchanté d'abord d'être débarrassé de sa hernie et surtout, comme il le disait lui-même, d'avoir son appendice dans sa poche.

### OBSERVATION VII (Inédite)

(Communiquée par le Dr Siegel, ancien interne des hôpitaux de Paris.)

M<sup>lle</sup> B..., âgée de vingt et un ans, mannequin chez un des couturiers de la rue de la Paix, vient me consulter vers la fin du mois de juin 1909, elle m'est adressée par un de mes anciens collègues, le Dr C..., qui la soigne depuis plusieurs années pour de l'entéro-colite muco-membraneuse ; depuis six mois environ les douleurs sont devenues beaucoup plus vives et la malade les localise nettement dans la fosse iliaque droite ; en même temps, au cours d'un examen, le Dr C... découvre une pointe de hernie inguinale droite assez douloureuse à la palpation.

Supposant que la hernie pouvait contribuer à aggraver les troubles digestifs, il lui conseille de se faire opérer et me l'adresse.

A l'examen je trouve une malade un peu amaigrie, très nerveuse et préoccupée entièrement de la question de savoir si la cicatrice se verra beaucoup. J'examine sa hernie qui se réduit assez facilement et je constate au niveau du point de Mac Burney une douleur très nette et très précise.

La malade accepte assez facilement l'opération quand je lui affirme que sa cicatrice ne se verra pas.

Je l'opère dans les premiers jours de juillet : petite incision de 5 centimètres entièrement comprise dans le système pileux du pubis ; incision de l'aponévrose du grand oblique,

recherche et ouverture du sac. Les muscles petit oblique et transverse sont fortement réclinés en haut. Je prolonge, après l'avoir repérée avec deux pinces, l'ouverture du sac et avec deux doigts je réussis sans trop de difficultés à amener au dehors le cæcum et l'appendice qui était fortement congestionné. Résection de l'appendice, enfouissement du moignon. Le cæcum est réintégré dans l'abdomen ; surjet au catgut sur l'ouverture péritonéale, reconstitution de la paroi par le procédé de Bassini. Suture de la peau avec des crins très fins et placés très près de l'incision. Suites absolument normales. Ablation des fils le septième jour. La malade se lève le dix-huitième jour et quand je la quitte le vingt et unième jour elle a la satisfaction de voir que sa cicatrice sera invisible. Je lui fais porter une ceinture avec pelote par précaution.

Je la revois au début d'octobre 1909, tout à fait satisfaite car il est impossible pour un œil non prévenu de voir la cicatrice.

## OBSERVATION VIII

(Siegel, in *Gazette des Hôpitaux*, 14 novembre 1905.

p. 1540.)

Le nommé P..., âgé de quarante-six ans, gardien à la prison de la Santé, entre à l'hôpital Cochin, salle Gosselin, lit n° 1, le 12 avril 1905 à la suite d'une crise d'appendicite.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier à signaler ; il y a six ou sept ans il vit apparaître une hernie ingui-

nale droite qui ne le gêna jamais beaucoup et qu'il traita par le port d'un bandage.

Le 27 mars 1905, il est pris brusquement dans la soirée d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite : il eut des nausées, quelques frissons et une élévation de température dont il ne peut préciser l'intensité. Son médecin pose le diagnostic d'appendicite et le traite par le repos et la diète avec application de glace sur le ventre. Les phénomènes s'amendent rapidement, mais ce traitement est continué pendant une quinzaine de jours ; le malade désirant se faire opérer entre alors à l'hôpital.

L'examen clinique montre un ventre souple, sans défense musculaire : la pression profonde de la fosse iliaque droite provoque une douleur assez vive au niveau du point de Mac Burney. La hernie inguinale droite ne présente rien de particulier ; c'est une hernie funiculaire, facilement réductible.

Le malade étant désireux de se faire débarrasser de ses deux affections : la hernie et l'appendicite, le Dr Schwartz lui fit le 29 avril 1905 une hernio-appendicectomie.

Incision classique sur le trajet du canal inguinal ; le sac est isolé et ouvert, les muscles petit oblique et transverse sont fortement réclinés en haut et en dehors à l'aide d'un écarteur ; l'ouverture du sac est prolongée en dehors de façon à donner libre accès dans la cavité péritonéale. Le cæcum est assez facilement attiré dans la plaie ainsi que l'appendice qu'on enlève suivant le procédé classique ; le cæcum est réduit dans le ventre, on place un surjet au catgut sur l'ouverture péritonéale après avoir réséqué le sac et la paroi abdominale est reconstituée d'après le procédé de Bassini. On laisse

par prudence un petit drain qu'on enlève au bout de quarante-huit heures.

Les suites furent parfaitement normales et le malade sortit guéri le 19 mai 1905 ; depuis il va très bien.

## OBSERVATION IX

(Siegel. — *In Gazette des Hôpitaux*, 14 novembre 1905,  
p. 1540.)

Le Dr D..., ancien interne des Hôpitaux de Paris, présentant des troubles intestinaux depuis l'enfance avec, par périodes, des crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque droite, vit apparaître en 1901 une pointe de hernie inguinale droite.

Supposant à juste titre que la hernie ne pouvait qu'accroître ses troubles digestifs, il demanda à M. le Dr Ricard de le débarrasser de ses deux affections,

*Opération* le 15 décembre 1903. — Incision très oblique partant de l'orifice inguinal externe et longue d'environ 15 centimètres ; le sac est isolé et ouvert ; les muscles petit oblique et transverse sont fortement réclinés en dehors et l'incision du sac prolongée jusqu'à l'angle externe de la plaie ; le cæcum est amené au dehors, l'appendice réséqué et enfoui.

Après ablation du sac et fermeture de l'ouverture péritonéale on fait la réfection de la paroi abdominale comme pour une cure radicale de hernie ordinaire. Les suites opératoires furent normales et actuellement, près de deux ans

après l'opération, la solidité de la paroi au niveau de la cicatrice est parfaite ; il a porté par prudence un bandage pendant les premiers temps, et actuellement il pratique des sports variés sans la moindre faiblesse au niveau de sa cicatrice.

## CHAPITRE VI

### CONCLUSIONS

1° Nous étudions sous le nom de hernio-appendicectomie la cure radicale simultanée, entreprise systématiquement, de l'appendicite et d'une hernie inguinale droite, en un seul temps, par une seule et même incision. Cette définition permet d'éliminer les appendicectomies faites au cours d'une cure radicale de hernie du cæcum et les appendicectomies faites en cas d'appendicite herniaire.

2° C'est une opération anatomiquement possible et logique puisque l'anatomie nous apprend que normalement le fond du cæcum est situé derrière le canal inguinal ; toutefois il est des cas où la situation anormalement élevée du cæcum peut rendre l'opération difficile sinon impossible. La présence des vaisseaux épigastriques derrière le canal inguinal est ici particulièrement importante à connaître.

3° L'opération ne présente normalement aucune difficulté particulière : les trois premiers temps sont exactement les mêmes que dans une cure radicale de hernie ordinaire ; une fois le sac ouvert, après avoir

récliné en haut les muscles petit oblique et transverse, il est fréquemment nécessaire d'agrandir l'ouverture péritonéale ; on ne le fera qu'après avoir reconnu et récliné les vaisseaux épigastriques soit en dedans soit en dehors suivent la variété de hernie à laquelle on a affaire. Le cæcum une fois attiré au dehors, l'appendice est enlevé et le moignon enfoui, puis le cæcum est réintégré dans l'abdomen. Enfin après fermeture du péritoine, le canal inguinal est reconstitué suivant les procédés classiques.

4° Si le cæcum trop haut situé ne peut être attiré au dehors ou si des adhérences trop abondantes autour de l'appendice rendent l'opération trop difficile, il vaut mieux ne pas insister, refermer le canal inguinal et aborder l'appendice par une incision classique soit sous la même anesthésie soit dans certains cas dans une opération ultérieure.

5° La hernio-appendicectomie ne s'adresse qu'aux cas de hernie inguinale non compliquée et d'appendicite légère ou absolument refroidie. On ne cherchera pas à enlever l'appendice au cours d'une kélotomie pour hernie étranglée, de même on ne traitera pas par cette voie une appendicite aiguë ou même subaiguë à moins que la crise ne soit suffisamment ancienne.

6° La hernio-appendicectomie permet chez l'homme d'éviter au malade une perte de temps en le débarrassant de deux affections différentes par une seule et même opération. Chez la femme on peut par cette méthode faire une opération absolument

esthétique, la cicatrice étant dissimulée sous les poils du pubis.

7° L'ablation de l'appendice ne complique en rien la cure radicale de la hernie et les résultats post-opératoires concernant la solidité de la cicatrice semblent devoir être excellents.

---

Vu : le président de la thèse.

SECOND

Vu : le Doyen,  
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

## CHAPITRE VII

### BIBLIOGRAPHIE

- Autefage.* — Résultats éloignés et valeur comparée des différents procédés de la cure radicale des hernies crurale et inguinale. Thèse de Paris, 1905.
- Bassini.* — Uber die Behandlung des heistenbrucher. Arch. für Klin. Chir., 1890, XL, 429-476.
- Baumgartner.* — Les hernies par glissement du gros intestin. Thèse de Paris, 1904-1905.
- Bogdaleck.* — Epiplocèle dextra subacuta appendicium simulares. Wiener medizinische Presse, 1898, p. 617.
- Battle.* — Modified incision for removal of the vermiform appendix. Transact. of the Clinical Society of London, 1896, XXIX, 227.
- Berger.* — Article « Hernies », in Duplay et Reclus, t. VI.
- Caillaud.* — De la coexistence de l'appendicite et de la hernie. Thèse de Paris, 1908.
- Chaput.* — Quelques points de la technique de l'appendicectomie. Pr. méd., 1905, 345. Bull. et mém. Soc. de Chir., 1906, 1635.
- Championnière.* — Cure radicale de la hernie inguinale d'après 989 opérations. Journ. Méd. et Chir. pratiques, 1904, 4<sup>e</sup> s., LXXII, 241-252.
- Charnois.* — Des hernies du cæcum compliquées d'appendicite. Thèse de Paris, 1894.
- Davis.* — A transverse incision for the removal of the appendix. Ann. of Surg., 1900, XLIII, 106.

- Dieulafoy*. — Article « appendicite » in Manuel de Pathologie interne.
- Fabre de Parrel*. — De l'appendicectomie. Thèse de Paris, 1907-1908.
- Fergusson*. — A typical operation for the radical cure of oblique inguinal herniæ and atypical ones. J. of the Amer. med. Assoc., 1899, XXXIII, 6-14.
- Forgue et Reclus*. — Traité de thérapeutique chirurgicale, t. II, p. 644 et 834.
- Gosset*. — Technique de l'appendicectomie. Pr. méd., 1905, 601.
- Gribal et Roland*. — Appendicite extra-péritonéale et appendicite herniaire extra-péritonéale. Pr. méd., 14 octobre 1903.
- Guinard*. — Les erreurs de diagnostic causées par la coexistence de l'appendicite chronique et des hernies. Bull. Soc. Chir., janvier-février-mars 1904.
- Jalaguier*. — Article « Appendicite » in Duplay et Reclus, t. VI.
- Jacquemin*. — Etude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale. Thèse de Paris, 1905.
- Kammerer*. — A modified incision ad the outer harder of the rectus muscle for appendicitis. Med. Record, 1897, 411.
- Mac Burney*. — The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating. Ann. of Surg. 1894, XX, 38-43.
- Monod et Vanverts*. — Technique opératoire, t. II.
- Morestin*. — Sur la cure esthétique des hernies inguinales chez la femme. Pr. méd., 1903, 301. Rev. de Gyn. et de Chir. abdm., 1905, IX, 69-84.
- Marque*. — De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. Traitement opératoire. Thèse de Bordeaux, 1905-1906.
- Michaux*. — Hernies de l'appendice et appendicite herniaire. Bull. Soc. Chirurgie, 1897, p. 784.
- Pindray (A. de)*. — Contribution à l'étude des difficultés du

diagnostic de l'appendicite dans les cas de hernie concomitante. Thèse de Paris, 1898.

*Poirier.* — Traité d'anatomie herniaire.

*Roux* (de Lausanne). — Traitement chirurgical de la péri-typhlite suppurée. Revue méd. de la Suisse romande, 1890, 201-209.

*Rousseau.* — Les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologique. Thèse de Paris, 1902-1903.

*Savariaud.* — Cure radicale de la hernie inguinale ; quelques points de détail et petits perfectionnements à l'opération de Bassini. Presse médicale, 1906, XIV, 429.

*Siegel.* — Cure radicale simultanée de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. Gazette des Hôpitaux, 1905, p. 1540.

*Talamon.* — Causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite. Médecine moderne, janvier 1892, p. 15.

*Testut.* — Traité d'anatomie humaine.

*Vesigné.* — Hernie de l'appendice et du cæcum. Thèse de Paris, 1902.

*Weir.* — Another modification of the operation for acute or chronic appendicitis with preservation of the integrity of the abdominal wall. XIII. Congrès International de Médecine. Paris, 1900. Section de chirurgie générale, 801.

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                  | Pages |
|------------------------------------------------------------------|-------|
| CHAPITRE I. — Introduction .....                                 | 9     |
| CHAPITRE II. — Considérations anatomiques.....                   | 13    |
| CHAPITRE III. — Considérations sur la technique opératoire ..... | 16    |
| CHAPITRE IV. — Indications et contre-indications.....            | 25    |
| CHAPITRE V. — Observations.....                                  | 31    |
| CHAPITRE VI. — Conclusions.....                                  | 47    |
| CHAPITRE VII. — Bibliographie.....                               | 50    |













